FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Gaston BRUNET

TRAITEMENT

DE LA

Tuberculose rénale

Président : M. A. ROBIN, *professeur.*

Juges : MM. RAYMOND, *professeur.*
HUTINEL, *professeur*
NOBECOURT, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC, ÉDITEUR
9, rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DÉJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

C'est en 1872 que l'Américain Péters enlevait le premier rein tuberculeux, par suite d'une erreur de diagnostic.

En 1884, Ollier, de Lyon, le premier des chirurgiens français, renouvelait cette opération.

Depuis lors, les travaux se succèdent : Brodeur (1885), Vigneron (1893), du Pasquier (1873), dans leurs thèses inaugurales, contribuent à l'étude de la tuberculose rénale. En 1893, Nitze invente son merveilleux intrument, le cystoscope, qui permet de reconnaître les lésions vésicales.

En 1896, Albarran soutient la nécessité de l'intervention précoce dès le moment où le diagnostic est posé.

Cette opinion rencontre d'abord une vive opposition. Mais on avait été si longtemps désarmé contre cette tuberculose qu'on ignorait ; on avait donné tant de soins inutiles à des vessies infectées secondairement, fasciné qu'on était par les symptômes vésicaux ; on redoutait tant, enfin, cette tuberculose rénale, fatalement mortelle, disait-on, dans une période, variant de un à trois ans, que la plupart des chirurgiens français et étrangers se laissent éblouir par les résultats de la néphrectomie et deviennent interventionnistes à outrance.

En 1898, Tuffer écrit dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus : « Toute tuberculose rénale primitive et uinilatérale, le reste de l'organisme étant indemne, diagnostiquée au début, doit être extirpée, comme il doit en être de tout foyer tuberculeux bien localisé et isolé, sur lequel les procédés médicamenteux ou topiques n'ont pas rapidement agi. » Carlier, Harttman, Legueu, se rangent à cette opinion.

M. Paul Delbet, à l'*Association française d'Urologie* (6 octobre 1905), proclame que :

« l'opération hâtive, faite dès que le diagnostic est fixé, tel est le seul traitement que le médecin prudent puisse conseiller à ses malades ».

A l'étranger, Kelly, Villy-Meyer, Bevan, à New-York, Casper, Kümel et Israël, en Allemagne, acceptent cette doctrine.

Seuls, les médecins, font encore la sourde oreille, et, parmi les chirurgiens, il n'y a plus guère, à Paris, que notre maître Le Fur, qui ose élever la voix pour s'opposer à l'intervention systématique et pour montrer les avantages qu'on peut retirer du traitement médical, au début et dans certaines formes de tuberculose génito-urinaire.

C'est lui qui a inspiré notre thèse et fourni toutes nos observations ; il n'a cessé de nous guider de ses conseils : nous l'en remercions vivement.

DIVISION

Nous n'essayerons pas, dans ce modeste travail, de décrire les différentes formes de tuberculose rénale. Tuffier (1), Albarran (2), Hallé et Motz (3), l'ont fait avec leur compétence habituelle. Plus récemment (Lyon 1906), Reynaud, dans une thèse inspirée par Raffin, nous en a laissé une excellente description.

Nous nous placerons à un point de vue essentiellement thérapeutique.

---

(1) *Tuberculose rénale. — Monographie Clinique 1898.*

(2) *Traité de chirurgie.* — Delbet et le Dentu.

(3) *Annales de Guyon* (15 février 1906).

Nous essaierons de montrer :

1°, que la tuberculose rénale est parfois guérissable par le traitement médical ;

2°, dans quels cas, elle est justiciable de ce traitement ;

3°, pourquoi le traitement médical doit être préféré, dans ces cas, au traitement chirurgical ;

4°, dans quel cas elle est justiciable de la néphrectomie ;

5°, ce qu'on doit faire dans le cas de bilatéralité des lésions.

CHAPITRE I

La Tuberculose rénale est-elle guérissable en dehors de l'intervention chirurgicale ?

Il semble, au premier abord, que poser la question, c'est la résoudre. Nous connaissons tous, en effet, des cas de guérison spontanée de tuberculose pulmonaire, osseuse ou articulaire ; pourquoi le rein ferait-il exception à la règle ? Et cependant Albarran (1) soutient : « qu'on n'a pu lui montrer, tant en France qu'à l'étranger, une seule pièce anatomique démontrant la guérison de la tuberculose rénale sans qu'il y ait destruction totale du parenchyme. »

Néanmoins, M. Le Fur, dans trois autopsies, a trouvé des tubercules crétacés entourés d'une

(1) Société de l'Internat des hôpitaux de Paris (1908).

coque fibreuse épaisse ; l'examen histologique lui a montré que c'était de la tuberculose éteinte. Sutter déclare avoir trouvé dans un rein néphrectomisé une caverne aux parois lisses et brillantes.

La caséification totale de l'organe est fréquente. Hallé, sur 103 reins tuberculeux, a trouvé 16 fois l'oblitération totale de l'urétère et 10 fois l'oblitération partielle. Pousson, Rafin, Estor, Macaigne et Vanverts citent des cas de guérison par sclérose. D'ailleurs, la plupart des auteurs ne nient pas la guérison de tubercules ; ce qu'ils nient c'est l'extinction complète de la tuberculose rénale.

M. Paul Delbet, dans son rapport à l'association d'Urologie (1905), se basant sur 247 cas, tant autopsies que néphrotomies et néphrectomies, conclut que dans 64 pour 100 des cas, il y a eu tendance à la guérison, mais que dans tous ces cas, hormis les 7 où il y avait caséification totale de l'organe, il existait à côté, des lésions en évolution.

Cette statistique, dont nous ne nous dissimulons pas l'importance, perd de sa valeur si nous songeons, comme il le dit d'ailleurs lui-même, que les tuberculeux guéris n'ont pas d'histoire et que, seuls, les malades en évolution aboutissent à l'amphithéâtre ou à la table d'opération. C'est, d'ailleurs, ce qui se passe tous les jours pour les tuberculeux pulmonaires. Personne ne songe à nier la guérison de cette catégorie de malades; et, cependant que de rechutes ! Un refroidissement, une période de sur-

ménage et de nouvelles lésions apparaissent, lésions qui pourront, à leur tour, se scléroser ou entraîner la mort. Il en est de même pour le rein : la rechute est possible, mais elle n'est pas fatale.

Hallé (1), tout interventionniste qu'il est, ne peut s'empêcher de constater « la tendance naturelle des organes génito-urinaires vers la guérison du processus tuberculeux par enkystement ou élimination et cicatrisation fibreuse ; partant, dit-il, la lésion tuberculeuse est curable, guérison relative, sans doute, au prix de destructions étendues, d'infirmités graves, il est vrai. »

Deschamps, dans un article paru en 1907, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, publie deux observations du service du docteur Bazy :

1re *Observation.* — « Une pyonéphrose partielle, « occupant le pôle supérieur du rein, forme une « collection enkystée et ne communique pas avec « l'urétère, les urines sont troubles, l'état général « très mauvais, la température oscille entre 38° 5 et « 39° ; pas de troubles vésicaux.

« M. Bazy fait une néphrectomie *partielle* et laisse « en place la moitié inférieure du rein. Par la suite « l'état général s'améliore, les urines redeviennent « claires et la cystoscopie permet de contrôler le

(1) Association d'Urologie (1903).

« fonctionnement des deux reins. Voilà donc une « lésion tuberculeuse très avancée qui avait laissé complètement indemne le reste de l'organe. »

2e *Observation.* — « Une jeune fille présente des « symptômes de cystite intense, urétérite gauche « et un amaigrissement considérable.

« On institue le traitement médical ; son état « s'améliore progressivement, les douleurs dispa- « raissent bientôt complètement, les mictions et « l'urine redeviennent normales.

« En février 1907, la malade est dans un état de « santé florissante. »

Je ne saurais mieux terminer ce chapitre qu'en rapportant les paroles de M. de Keersmaecker à la Société Belge d'Urologie (1909), opinion partagée par M. d'Haenens : « Je ne doute plus de la guérison « médicale de mes tuberculeux urinaires. »

Et, dans la même session, à propos de l'observation d'une tuberculose vésico-rénale guérie, M. de Smeth, de Bruxelles, dit : « J'ai trouvé que la malade « ne souffrait pas assez pour la priver d'un rein et « en présence du résultat obtenu, j'ai tout lieu d'être « satisfait. »

CHAPITRE II

Dans quels cas, la tuberculose rénale est-elle justiciable du traitement médical ?

La tuberculose rénale est malheureusement très difficile à dépister dans ses débuts. La DOULEUR lombaire est souvent prise pour du lumbago ; d'ailleurs, dans certains cas, c'est le rein sain qui est douloureux. Hypermégalie rénale, dit-on ; mais il faut une main très exercée pour la percevoir, surtout chez les obèses, sans compter que, parfois, le rein du côté sain est hypertrophié par compensation.

Les points douloureux (*signes de Bazy*), nous rendent, néanmoins, de grands services parce qu'ils nous permettent de soupçonner la tuberculose rénale et, par suite, de nous adresser au cathétérisme de l'urétère pour avoir la réponse.

L'*albuminerie* est un excellent signe de tuberculose rénale au début. Elle se manifeste, dans ces

cas, par de minimes quantités variant de 10 à 40 centigrammes par litre. Il faudra, évidemment, voir au microscope si la présence d'hématies ou de leucocytes n'en explique point la provenance. L'albuminurie prétuberculeuse du professeur Teissier de Lyon n'est qu'une albuminurie tuberculeuse. De même Bazy, dans cinq observations, parues en 1905 (Annales de Guyon), trouve de l'albuminurie chez des malades qui firent nettement peu après de la tuberculose rénale.

Tout récemment, encore (février 1909), d'Haennens soutient que toute tuberculose rénale, au début, se manifeste par de l'albuminurie et de la cylendrurie. M. Le Fur a souvent fait les mêmes constatations.

M. d'Haenens prétend même, ce qui paraît cependant un peu exagéré, avoir toujours constaté que la pyélo-néphrite gravidique est de nature tuberculeuse.

Il ne faut pas confondre cette albuminurie avec l'albuminurie du rein sain dans le cas des lésions unilatérales ; cette albuminurie est due soit à un réflèxe, soit à la congestion de l'organe hypertrophié par compensation.

Avec la presque totalité des chirurgiens nous ne songerons pas un seul instant à l'opération dans cette première manifestation de la tuberculose. Il en sera de même dans le cas de bacillurie c'est-à-dire dans le cas où ne trouvons dans l'urine que du

bacille de Kock sans pus ni sang. En 1877 Senn (1) de Chicago écrivait que la présence du bacille de Kock dans les urines n'est pas une preuve certaine de la tuberculose rénale. En effet, le rein laisse très souvent filtrer le bacille sans aucune lésions anatomique.

Nous ne serons pas davantage interventionniste lorsque la tuberculose rénale se manifestera par une hematurie et une pyurie très légère. Dans ce cas-là, on trouve généralement un petit tubercule isolé.

Ce tubercule se cicatrisera par le traitement médical ; aussi ne songerons-nous pas à enlever un organe aussi important dont la millième partie peut-être est seule malade.

La question est plus difficile à résoudre lorsque les symptômes vésicaux occupent la première place : fréquence des mictions, douleurs à la fin. Si le sujet est nerveux, réagissant fortement à la douleur ; et si les douleurs vésicales sont intenses et rebelles ; si la fréquence des mictions devient pour lui une obsession et l'empêche de vaquer à ses occupations, il est préférable d'opérer, mais dans le cas contraire, il faut utiliser d'abord le traitement médical : repos à la campagne, histogénol, arsenicaux, pilules de Guyon, alimentation raisonnée en suivant les règles

(1) Tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme.

instituées par notre maître le professeur Robin; tout en évitant les aliments qui peuvent congestionner les reins; urotropine ou uraseptine pour clarifier les urines. Le résultat du traitement médical guidera notre conduite ultérieure.

CHAPITRE III

Pourquoi nous préférons le traitement médical à l'intervention précoce.

Les interventionnistes nous disent : « Nous enlevons le rein tuberculeux dès le diagnostic posé, parce qu'en enlevant le foyer primitif, nous empêchons la contamination de l'autre rein ». Cependant plusieurs auteurs et en particulier M. Le Fur soutiennent que la tuberculose rénale est toujours secondaire à un foyer latent de tuberculose pulmonaire, intestinale ou ganglionnaire. En enlevant un rein atteint, nous n'enlevons pas du tout le foyer primitif et si le malade reste dans les mêmes conditions favorables au développement de la tuberculose, il conservera les mêmes chances de tuberculiser son second rein. Témoins l'observation

de Papin (1) à la Société d'Anatomie. Il rapporte l'histoire d'un malade qui avait subi une néphrectomie et qui vient mourir 4 ans après de tuberculose de l'autre rein. Le rein restant qui est très volumineux avait d'abord fait de l'hypertrophie compensatrice, puis une tuberculisation secondaire. Et comme Petit prend la parole pour dire que le rein resté devait être déjà tuberculeux au moment de l'opération, Cornil avec sa haute compétence, lui répond que si ce rein avait été déjà altéré, l'hypertrophie compensatrice n'aurait pu se produire.

C'est peut-être même un des dangers de la néphrectomie que de faire oublier qu'il reste des foyers latents de tuberculose, foyers qui peuvent se réveiller, infecter l'autre rein, et dont il importe au plus haut point d'obtenir la guérison : la maladie n'est pas du tout guérie parce qu'on a pratiqué l'opération. Il est indispensable d'instituer encore un traitement approprié pour faire disparaître les derniers vestiges de la tuberculose dans l'organisme.

Quel sera l'avenir de ce malade néphrectomisé, s'il infecte plus tard son second rein, puisque des chances d'infection persistent ? Luttera-t-il avec autant d'avantages ? Evidemment non. Au contraire, nous verrons dans un chapitre suivant combien un malade peut lutter longtemps avec des lésions bila-

(1) Société Anatomique : Juillet 1906

térales. Le professeur Albarran cite le cas d'un abbé qu'il suit depuis 12 ans et qui malgré des lésions doubles très avancées vaque à ses occupations et fait son service.

II. La seconde objection est celle-ci : « Vous attendez que le malade soit cachectique pour l'opérer ». Un tuberculeux ne devient pas cachectique en quelques jours. Quel est le chirurgien qui, dès le premier jour, fera une amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou ; et cependant si les lésions deviennent graves et étendues, si son malade se cachectise par la suite, il n'hésitera pas à extirper le foyer malade, source d'intoxication. En médecine l'état général sert à chaque instant de critérium et il n'est pas besoin d'un sens clinique très avisé pour percevoir le moment où un malade commence à décliner. D'ailleurs, nous fournissons à l'appui de notre opinion les observations (I à VI) concernant des malades parfaitement guéris par une néphrectomie faite après l'échec du traitement médical.

Evidemment, il y a des rechutes. Après une période variable de tranquilité, le tuberculeux est repris des mêmes accidents. Mais cette rechute assombrit-elle le pronostic ? Pas du tout. Nous agirons comme la première fois ; nous instituerons le traitement médical et nous comporterons d'après le résultat obtenu.

Certains tuberculeux rénaux soignés médicalement par le docteur Le Fur restent guéris depuis 3, 5, 7, 10 et 11 ans. (Observations : de VII à XVI).

Leurs urines sont claires sans pus ni bacilles. Ils ont engraissé de plusieurs kilogs, ils jouissent de tous les attributs de la santé. Quand faudra-t-il donc parler de guérisons si ces longues interruptions de la maladie ne suffisent pas ?

Le professeur Albarran a eu des nouvelles de 77 de ses opérés. 50 se portaient bien ; 17 conservaient des phénomènes de cystite, 10 étaient morts. Sur les 50 cas de guérisons, 3 seulement étaient opérés depuis 9 ans, 14 depuis 6 ans, 22 depuis 2 ans. D'après ces dates il me semble que nous pouvons parler de guérisons chez nos malades n'ayant eu aucune manifestation bacillaire depuis 12 ans.

CHAPITRE IV

Dans quels cas la tuberculose rénale est justiciable du traitement chirurgical

Nous ne parlerons pas de la nephrotomie. Elle n'est qu'une opération d'urgence praticable dans le cas de vastes pyonephroses ; elle offre le grand inconvénient de laisser subsister le foyer tuberculeux.

La néphrectomie reste donc la seule opération à pratiquer. Et si jusqu'ici nous avons semblé l'écarter, ce n'est point par crainte de ses conséquences immédiates. C'est en effet, après la néphropexie, la plus benigne de toutes les opérations de la chirurgie urinaire. Nous sommes loin du temps où Albert disait que c'était folie d'entreprendre la guérison opératoire de la tuberculose rénale ; nous avons accompli bien des progrès depuis la statistique de Vigneron en 1892 où il accuse une mortalité opéra-

toire de 40 pour 100, puisqu'actuellement nous pouvons nous en tenir à la statistique d'Albarran : 2,77 pour 100.

Si la mortalité opératoire a tant baissé durant ces dernières années, c'est que, grâce aux nouvelles méthodes d'exploration rénale et notamment au cathétérisme de l'uretère, on ne fait plus de néphrectomie sans s'être rendu compte du fonctionnement du rein supposé sain. Nous aurons donc à nous entourer de toutes ces précautions avant de décider l'opération.

La néphrectomie est une excellente opération, et c'est même la seule opération à conseiller dans la tuberculose rénale. Mais pour cela il faut qu'elle soit indiquée. Ses indications sont les suivantes :

1° Lorsque le traitement médical ayant échoué la pyurie et l'hématurie sont abondantes et répétées et indiquent par leur quantité que la presque totalité du parenchyme est envahi ; 2° lorsque les symptômes vésicaux : douleur et fréquence des mictions, dominent la scène, surtout s'il y a de la rétention rénale, pouvant occasionner l'infection des organes voisins ; 3° lorsque la douleur est telle qu'elle devient insupportable pour le malade, même si elle semblait constituer l'élément à peu près exclusif de la maladie. Témoin l'observation rapportée par M. Loumeau de Bordeaux ; il s'agissait d'une jeune femme dont le seul symptôme de tuberculose rénale

consistait en des crises paroxystiques d'une acuité très grande allant jusqu'à la syncope ; elles auraient poussé le malade au suicide sans la néphrectomie qui amena la guérison ; 4° lorsque la tuberculose rénale s'accompagne de localisations épididymaire, vesiculaire ou prostatique ; 5° et c'est là l'indication qui peut résumer toutes les autres, toutes les fois que l'état général devient mauvais, que le malade maigrit, que la fièvre s'allume ; le rein est un foyer d'intoxication qu'il faut extirper sans retard.

Dans tous ces cas, nous n'oublierons pas d'instituer le traitement médical après la néphrectomie.

CHAPITRE V

Conduite à tenir dans le cas de bilatéralité des lésions

Si les lésions bien que bilatérales sont peu avancées, le traitement médical produira d'excellents résultats. J'ai rapporté plus haut l'histoire d'un malade d'Albarran qui, depuis 12 ans, est porteur de doubles lésions et qui, néanmoins, continue de vaquer à ses occupations.

Mais même en cas de lésions bilatérales, si l'état général devient mauvais, si l'un des reins est une source d'intoxication pour l'organisme, nous n'hésiterons pas à l'enlever et nous hésiterons d'autant moins que nous savons, l'autre rein parfaitement guérissable par le traitement médical. Presque tous les chirurgiens ont observé des cas semblables : Kœnig opère une femme ayant des lésions rénales doubles ; cette femme meurt sept ans après dans

une couche difficile. Albarran opère une jeune fille de Nancy, ayant une grosse pyonéphrose d'un côté et de l'autre un rein tuberculeux franc donnant du pus et des bacilles ; l'année dernière c'est-à-dire sept ans et huit mois après, cette jeune fille vivait encore.

OBSERVATIONS

(Toutes ces observations sont dues à l'obligeance de M. le Fur)

OBSERVATION I

V..., 35 ans. — Il y a 13 ans, épidymite tuberculeuse gauche suppurée, avec fistule persistante qui s'ouvre et se ferme de temps en temps. — Depuis plusieurs années, troubles urinaires marqués (douleurs, fréquences, urines troubles). Depuis un an environ, amaigrissement, affaiblissement. — Crises durant 3 à 4 semaines, caractérisées par des accès de fièvre prématurées, fréquences et douleurs à la miction.

Un médecin consulté à ce moment, croit à un rétrécissement avec cystite consécutive et conseille l'électrolyse qui aggrave sensiblement les symptômes vésicaux.

Le malade vient consulter à ce moment M. Le Fur qui constate des urines très troubles contenant de l'albumine

(0 gr. 75), du pus et des bacilles de Koch. On institue le traitement médical (cure d'air et de repos, légère suralimentation) qui fait engraisser le malade de 5 livres et lui procure de l'amélioration. Les urines s'éclaircissent notablement sous l'influence de l'uraseptine. Mais les symptômes vésicaux (douleurs et fréquence persistent ; le rein reste toujours gros et douloureux. Aussi, au bout de trois mois, M. Le Fur pratique la néphrectomie droite après avoir constaté par le cathétérisme de l'uretère que l'autre rein était indemne et suffisait à sa fonction. Rein énorme, abcédé de partout, gros comme la tête d'un adulte, remontant très haut dans la cavité thoracique. Le suites opératoires sont excellentes, mais la fistule lombaire met trois mois à se fermer. — Le malade engraisse de plus de 5 kilogs. — Les urines restent un peu troubles, et le malade continue à souffrir de son testicule gauche, ce qui nécessite six mois aprés une épididymectomie avec curettage du foyer testiculaire ; suture et réunion par première intention.

Depuis un an, le malade semble parfaitement guéri.

OBSERVATION II

Jeune homme, 22 ans. — Il éprouve pendant son service militaire des douleurs à la miction en même temps que de la fréquence — Rein gauche gros et douloureux — douleurs très vives à la miction et dans la verge.

Le traitement médical et le traitement vésical par des instillations diverses n'améliorent pas la situation du malade qui continue à souffrir et à maigrir (6 kilogs). Au bout d'un an, devant l'échec du traitement médical, M. Le Fur pratique la néphrectomie.

Ce malade qui a été opéré, il y a sept ans, reste guéri. Cependant ses urines sont troublées de temps en temps et il a eu à deux reprises une crise de douleur et de fréquence à la miction avec urines purulentes ce qui semble indiquer que l'autre rein est touché.

OBSERVATION III

M. D..., 25 ans. — Nombreuses blennorrhagies. — Depuis la première, les urines sont restées uniformément troubles, ce qui a fait croire à quelques médecins qu'il s'agissait d'une pyélo-néphrite blennorrhagique. Fréquence assez grande et parfois douleurs vives à la miction. Amaigrissement notable. Rein droit gros, douloureux, abaissé. Le double cathétérisme des uretères a montré que le rein droit contenait de l'albumine, du pus et des bacilles de Koch, qu'il était très diminué dans son fonctionnement, tandis que le rein gauche était sain. Les inoculations ont aussi été positives.

Néphrectomie. — Suites opératoires parfaites. Guérison rapide. Le malade qui est opéré depuis un an, reste guéri.

OBSERVATION IV

B..., 33 ans. — Crises douloureuses avec fièvre et hématuries à 10 et 11 ans. Soigné ensuite pour prostato-vésiculite à 32 ans. Enfin, les crises douloureuses avec hématuries surviennent de nouveau du côté droit à l'âge de 33 ans, Les urines renferment 0 gr. 80 d'albumine par litre, d'innombrables leucocytes polynucléaires, des bacilles de

Koch et des cocci. Le rein droit est gros et douloureux. La cystocopie et le cathétérisme des uretères montrent que le rein droit est malade et insuffisant, que le rein gauche est légèrement atteint, mais suffisant. La vessie présente des lésions tuberculeuses, surtout dans le voisinage de l'orifice urétéral droit.

Pendant 4 ans le malade présente des poussées rénales du côté droit avec fièvre, hématuries et symptômes vésicaux, pendant lesquelles il maigrit de nouveau. A partir de ce moment le malade se met à décliner fortement et présente deux crises rénales graves assez rapprochées. L'état local et général allant en s'aggravant, M. Le Fur pratique la néphrectomie droite qui amène une guérison complète. Celle-ci persiste depuis 5 ans.

OBSERVATION V

Mlle M... Jeune fille de 26 ans, souffre à l'âge de 16 ans de crises très douloureuses du côté du rein droit, s'accompagnant de besoin très fréquents (fausse incontinence). 6 ans après, les douleurs à la miction apparaissent. Urines troubles, jamais d'hématuries. — Rein droit, gros, dur et douloureux, très mobile : on peut le chasser hors de sa loge — Pendant 8 mois des lavages au nitrate d'argent améliorent l'état de la vessie ; mais les crises rénales douloureuses persistent à droite, avec rétention et infection. L'état général décline : amaigrissement, anorexie. La cystoscopie montre des lésions diffuses dans la vessie avec predominance à droite au voisinage de l'orifice urétéral droit. La néphrectomie permet d'enlever un rein globuleux, bosselé, complètement dégénéré, rempli de matières cré-

méuses blanchâtres et parfaitement mobile. L'examen microscopique confirme la nature tuberculeuse des lésions.

L'opération pratiquée depuis plus de 8 ans a guéri complètement la malade. — Plus tard, des crises douloureuses survenues du côté gauche et dues à la mobilisation du rein gauche, nécessitèrent la fixation de ce rein. — L'exploration du rein gauche a montré que ce rein était absolument sain. — La vessie a conservé des lésions inflammatoires.

OBSERVATION VI

Jeune fille, 21 ans, souffre depuis plusieurs années d'une cystite rebelle et très douloureuse, ayant résisté à tous les traitements (lavages, installations, lavements calmants). Le microscope révèle la présence de pus et de bacilles de Koch dans les urines. L'état général déclinant, on l'adresse à M. le Fur, qui porte le diagnostic de tuberculose renale droite : le rein droit est gros, abaissé et légèrement douloureux, le cathétérisme de l'uretère montre la présence de bacilles de Koch dans ce rein. Devant la persistance des symptômes locaux et le mauvais état général, M. Le Fur conseille la néphrectomie immédiate qui est refusée par la famille. — L'évolution s'aggrave alors rapidement et il se forme un phlegmon périnéphrétique. L'incision de ce phlegmon et l'extirpation du rein droit amenèrent la guérison qui se maintient depuis 7 ans.

Ces six observations concernent donc des nephrectomisés guéris parfaitement par l'opération, après temporisation.

OBSERVATION VII

Mlle P..., 23 ans, fille d'un médecin de l'armée. Pas d'antécédents héréditaires. — Bien portante d'ordinaire, quoique de santé un peu délicate, mais aucune manifestation tuberculeuse antérieure. En 1903, les mictions commencent à devenir fréquentes et impérieuses. — Au bout d'un certain temps les urines qui étaient très claires auparavant commencent à se troubler. — Elles sont parfois un peu rosées et contiennent du sang. Jamais de douleurs rénales. Puis la maladie procède par crises pendant lesquelles les mictions redeviennent fréquentes et impérieuses (toutes les heures ou toutes les 1/2 heure). Après la crise tout semble rentrer dans l'ordre ou à peu près ; les mictions s'espacent et deviennent indolores.

En 1905, les urines sont troubles. Le diagnostic de tuberculose rénale est portée. Une analyse d'urine faite à ce moment montre de l'albumine (0 gr. 45 à 0 gr. 50 par 24 heur.), de la pyurie, de nombreux leucocytes, mais pas de bacilles de Koch. Quatre cobayes injectés et sacrifiés 30 jours après présentent manifestement des lésions tuberculeuses à localisations ganglionnaires correspondant au siège des injections.

On peut donc affirmer la nature tuberculeuse de l'affection rénale.

On donne alors un traitement général : cure de repos, vie au grand air, suralimentation modérée — médication arsenico-phosphorée.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore, le poids augmente (8 kilogs), les urines s'éclaircissent, les mictions deviennent à peu près normales. L'examen

histologique montre peu de leucocytes polynucléaires et l'absence de bacilles de Koch.

En 1908 les urines sont de nouveau examinées : on ne trouve plus que des traces très faibles d'albumine, aucune trace de pus, de très rares leucocytes et globules rouges. L'inoculation faite à 4 cobayes reste négative.

En 1909 un nouvel examen d'urines montre la disparition de l'albumine, des leucocytes et des globules rouges : les inoculations restent encore négatives.

Cette malade peut être considérée comme guérie depuis 4 ans.

OBSERVATION VIII

(Concernant ainsi que la suivante des malades ayant subi la néphrectomie précoce et dont l'autre rein a cependant été envahi ultérieurement).

M. T... 38 ans. Opéré il y a 7 ans de néphrectomie gauche pour tuberculose rénale au début. Pendant 4 ans l'état local et général resta parfait. Mais au début de la 5e année, les phénomènes vésicaux reparurent : fréquence, douleur, urines troubles avec gros grumeaux sans hématuries. Le malade a de véritables crises douloureuses vésico-urèthrales correspondant à des évacutions de grumeaux et à des décharges purulentes. Quand ses urines sont claires, c'est que le rein droit retient tous les produits de suppuration. Celui-ci est gros, mais non douloureux et le malade n'en souffre jamais. Ces évacuations purulentes irritent le col de la vessie et la prostate mais il n'y a pas de tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. Le malade meurt 7 ans

après la néphrectomie emporté par une crise d'insuffisance rénale et d'urémie.

Le rein était resté indemne pendant 4 ans, puis se laissa envahir et fut détruit en 3 ans.

OBSERVATION IX

H... 28 ans. En 1901 au moment de son service militaire le malade est pris pour la 1re fois de douleurs vésicales intenses sans hématuries. Soigné d'abord pour cystite pendant deux mois, il est ensuite examiné par M. le Dr Guillet de Caen qui diagnostique une tuberculose rénale et enlève le rein gauche par néphrectomie au début de 1902. En 1907 c'est-à-dire 5 ans après cette opération, le malade est repris de douleurs, besoins fréquents, urines troubles. M. Le Fur l'examine à ce moment ; la vessie est manifestement prise ainsi que le rein droit. Il institue le traitement médical ainsi que du phenidia qui calme rapidement les douleurs pourtant très intenses de cystite. Depuis cette époque, le malade va notablement mieux ; mais la tuberculose a certainement envahi l'autre rein, cinq ans après la néphrectomie et maintenant le malade n'a plus qu'un seul rein pour lutter. Cependant celui-ci pourra peut-être lutter longtemps encore, s'il est aidé par un traitement médical approprié.

OBSERVATION X

M. C... 24 ans. Blenorrhagie à l'âge de 17 ans. (Le gonocoque n'a jamais été recherché au microscope). En même temps que cette blenorrhagie non douloureuse, apparaissaient les symptômes vésicaux intenses : fréquence, dou-

leurs, accompagnées d'hématuries et de douleurs rénales. Les urines devinrent troubles uniformément et le sont toujours restées depuis. Les mictions sont toujours fréquentes et impérieuses. Malgré une série de cures hydro-minérales, les urines sont restées dans le même état. Il y a près de deux ans, M. Le Fur vit le malade et portait le diagnostic de tuberculose rénale droite, à ce moment le rein était gros et douloureux ; les urines uniformément troubles.

L'examen des urines montre un peu d'albumine, beaucoup de pus, quelques hématies et surtout la présence de bacilles de Koch. Des inoculations au cobaye donnent des résultats positifs. Traitement général ; cure à Biarritz. Le malade revient engraissé de plusieurs kilogs, en excellent état, avec des urines presque claires. Celles-ci renferment très peu de pus, mais aucun bacille de Koch ; des inoculations répétées restent négatives.

Voilà donc un malade qui présentait certainement de la tuberculose depuis plus de 6 ans, toute son histoire clinique le prouve. Cette affection laissée à elle-même, non soignée, contre laquelle on n'avait pas institué de traitement approprié, a donc pu évoluer ainsi sans causer de grands troubles pendant cinq ans. A ce moment on a fait un traitement médical sérieux et depuis 2 ans on peut la considérer comme guérie.

OBSERVATION XI

M. G... Jeune homme, 22 ans. — Il y a trois ans, il présente les premiers symptômes urinaires (fréquence, douleurs à la miction, hématuries). Soigné pendant plusieurs mois pour une cystite tuberculeuse par toutes sortes d'ins-

tillations qui ne réussissaient pas, on pense alors à une tuberculose rénale qu'on peut arriver à localiser au côté gauche par la cystoscopie et le cathétérisme des uretères. Celui-ci montre un rein gauche fonctionnant très mal (1/5 de l'urée de l'autre côté) diminution aussi très manifeste des chlorures et surtout une urine trouble contenant du pus, quelques globules rouges et des bacilles de Koch en quantité assez considérable. Le malade qui est pourtant très grand et vigoureux s'est affaibli et a maigri. En même temps se fait une poussée du côté de l'appareil génital (prostates et vésicules énormes et indurées).

Le séjour à la montagne et le traitement général amènent une notable amélioration ; les urines s'éclaircissent ; la prostate et les vésicules séminales qui étaient très grosses et indurées ne se sentent absolument plus. Le malade a engraissé de 12 kilogs et se sent en excellent état. Depuis, à six reprises différentes et faites à 3 mois d'intervalle, les analyses d'urines ne renferment plus ni pus ni sang, ni bacilles de Koch. Parfois on a trouvé quelques cylindres granuleux. L'élimination du rein gauche est toujours défectueuse, au point de vue de l'urée et des chlorures ; mais le cathétérisme de l'uretère qui a permis de se rendre compte de cette notion importante a montré en même temps qu'il n'y avait pas obstruction de l'uretère ; ce n'est donc pas un cas qui rentre dans la catégorie des guérisons obtenues par obstruction complète de l'uretère.

Voilà un malade qui reste guéri depuis plus de deux ans.

OBSERVATION XII

Jeune homme de 19 ans. — Antécédents héréditaires et collatéraux : un frère mort de tuberculose pulmonaire. —

Toujours bien portant jusque-là. En 1906, à la suite d'une angine, les urines deviennent rouge foncées, contiennent du sang et restent troubles par la suite. Quelques symptômes vésicaux peu prononcés (fréquence et douleur). Le malade maigrit de plusieurs kilogs.

A l'examen, bonne capacité vésicale. On sent le rein droit légèrement augmenté de volume. Prostate et vésicules normales. Les urines troubles contiennent du pus, du sang, et aucun microbe. On porte le diagnostic de pyélonéphrite banale. Quelques temps après, nouvelle poussée consécutive à une nouvelle angine. Cette fois, le bacille de Koch est retrouvé dans les urines. Lors d'une troisième poussée consécutive à une troisième angine, on constate que le rein droit est gros, douloureux et déborde notablement les fausses côtes.

Sous l'influence d'un traitement général et d'un repos de six mois à la campagne, le poids augmente de 10 kilogs, les urines se clarifient, le sang disparaît et à plusieurs reprises des analyses répétées ont montré la disparition des leucocytes, des globules rouges et des bacilles de Koch. — Les inoculations restent négatives.

Voilà donc une guérison par le traitement médical qui dure depuis 3 ans.

OBSERVATION XIII

Jeune homme, 18 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. — Très bien portant jusqu'en septembre 1907. A ce moment hématuries légères à la fin de la miction, accompagnées de légères douleurs. Pas de fréquence diurne ou nocturne, pas de dépôt abondant dans l'urine. En janvier

1908, les douleurs à la miction deviennent plus fortes, bien que les hématuries tendent plutôt à diminuer, et à partir de ce moment, amaigrissement. L'examen montre des urines troubles avec un peu de sang, à la fin de la miction ; la vessie présente une bonne capacité : 160 à 200 gr. avec cependant quelques contractions douloureuses ; les reins ne sont pas sentis. Les vésicules séminales sont un peu indurées et augmentées de volume. Les urines renferment 0 gr. 20 d'albumine, du pus et du sang, des cylindres rénaux granuleux, des bacilles de Koch et des cocci. Les lavages de la vessie sont mal supportés ; les instillations au protargol à 5 et 7 pour 100 sont au contraire très bien tolérées, suppriment les douleurs et le sang. La cystoscopie montre de multiples ulcérations circulaires ou irrégulières, en coup d'ongle, un peu partout dans la vessie. En un endroit, tubercules blanchâtres. L'orifice urétéral droit est notablement plus enflammé. La division des urines montre qu'à droite l'urée et les chlorures sont diminués ; on trouve du bacille de Koch.

Traitement général et cure d'air à la campagne.

En quelques mois le malade augmente de 9 kilogs. Les urines s'éclaircissent, ne renferment plus ni pus, ni sang, ni bacilles de Koch.

Dans le cours de l'année 1905, apparition d'une épididymite qui revêt les caractères d'une épididymite tuberculeuse et qui rétrocède d'ailleurs sous l'influence du traitement général.

Depuis plus d'un an, le malade ne présente plus rien d'anormal dans ses urines. La tuberculose rénale semble bien guérie depuis ce temps.

OBSERVATION XIV

Mlle S. L..., 21 ans. Présente depuis l'âge de 7 ans des troubles vésicaux (fréquence, douleur) accompagnés d'urines troubles et d'hématuries. La malade est examinée à l'hôpital Necker où l'on porte le diagnostic de tuberculose urinaire, rénale probablement. Le bacille de Koch existe dans les urines. L'affection continue ainsi à évoluer pendant quelques années avec de longues périodes d'arrêt et parfois de petites poussées vésicales. Pendant ce temps, les examens bactériologiques et inoculations sont tantôt positifs, tantôt négatifs. La cathétérisme de l'uretère montre une tuberculose du rein droit (pus, bacilles, diminution de l'urée et des chlorures). M. le Fur la soigne depuis l'âge de 12 ans : il constate encore parfois la présence de pus et de bacilles de Roch dans l'urine. Le rein droit est gros et bosselé. Cette jeune fille, travaillant comme couturière, il est difficile de lui faire suivre un traitement général et médical régulier. Malgré cela, grâce à l'huile de foie de morue, à l'arsenic, à une suralimentation modérée, grâce aussi à un traitement local du côté de la vessie, l'état général s'améliore, la malade engraisse. Depuis 10 ans, les urines sont claires et ne renferment plus ni pus, ni bacilles. Les inoculations sont depuis restées négatives. Voilà donc une tuberculose rénale qui date de 14 ans ou même plus et qui reste guérie depuis plus de 10 ans.

OBSERVATION XV

M. de L..., 40 ans. — Il y a 20 ans, fréquence et douleurs des mictions survenant par périodes et coïncidant avec des hématuries. En outre double épididymite revê-

tant les caractères de l'épididymite tuberculeuse. Quand il fut examiné pour la première fois par M. Le Fur, il y a 11 ans, il venait consulter pour une crise de douleurs vésicales avec poussée du côté de ses noyaux epididymaires. Le rein gauche est gros et bosselé, peu douloureux, les deux epididymes sont très indurés, l'un d'eux suppure — la capacité vésicale est assez bonne (140 g.). L'examen microscopique des urines et le cathétérisme des uretères montre que le rein gauche donne une urine trouble contenant du pus en abondance et des bacilles de Koch. Traitement local de la vessie et surtout traitement général (séjour de 2 mois au bord de la mer). Le malade revient transformé. La fistule au niveau des bourses est fermée. Les mictions ne sont plus impérieuses et n'ont plus lieu que toutes les 4 ou 5 heures. Le rein gauche est diminué de volume; mais encore irrégulier et bosselé. Depuis ce moment le malade a conservé ses urines claires et des mictions normales. Les inoculations sont restées négatives.

Voilà donc un cas de tuberculose rénale qui existe depuis plus de 20 ans et qui se trouve guéri depuis 4 ans.

OBSERVATION XVI

Dr N..., 31 ans. Blennorrhagie il y a 10 ans. Syphilis il y a 7 ans. Il y a 4 ans orchite droite, puis gauche sûrement de nature tuberculeuse. Depuis longtemps le malade a remarqué que ses urines sont louches. Depuis 3 ans fréquence des mictions, toutes les 4 à 5 heures le jour, 4 ou 5 fois la nuit. Pas de douleurs en urinant, pas de besoins impérieux. Le catheterisme de l'uretère fait de chaque côté a montré : pour le rein droit ni leucocytes, ni bacilles, un taux d'urée

et de chlorure à peu près normal ; pour le rein gauche leucocytes et bacilles de Koch nombreux. Chlorure et urée (2 q. 7) très diminués.

Depuis que le traitement général a été donné, le malade se sent beaucoup mieux ; il engraisse, ses urines sont meilleures, ses mictions moins fréquentes la nuit. L'on ne trouve plus ni bacilles de Koch, ni leucocytes dans l'urine. La néphrectomie précoce avait été immédiatement proposée à notre confrère dès qu'on avait constaté la présence de bacilles de Koch dans le rein gauche, il a préféré suivre d'abord un traitement médical et il s'en trouve très bien pour le moment.

CONCLUSIONS

Nous conclurons brièvement de la façon suivante :

1° Le traitement médical est absolument indiqué dans toute tuberculose rénale au début et permet d'obtenir la guérison dans un assez grand nombre de cas. La néphrectomie est, dans ces cas là, une mutilation inutile.

2° Toutes les fois où le foyer tuberculeux rénal devient une source d'intoxication pour l'organisme, toutes les fois où il s'accompagne de localisations graves du côté de la vessie ou des organes génitaux, la néphrectomie doit être pratiquée sans retard. C'est une excellente opération qui amène souvent, avec l'aide du traitement médical, la guérison définitive.

Vu : *Le Président de thèse*,
A. ROBIN.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Traité de chirurgie. — Delbet et Le Dentu.

— Traité de médecine opératoire des voies urinaires. Paris 1909. — Néphrectomie pour tuberculose rénale, *Association française d'Urologie*. Paris, 6 A. 1004. — *Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, février, 1908.

BASLIN-WILLIAMS. — Deux cas de tuberculose rénale : néphrectomie, néphrotomie, *Policlinique*, Bruxelles 1901.

BAZY. — Néphrectomie pour tuberculose rénale. *Soc. de chir. de Paris*, mars 1904.

J. BOUGLÉ. — Tuberculose rénale gauche. — Cystite tuberculeuse secondaire. — Néphrectomie. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Paris 1901.

Carlier. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose renale, *An. p. d'Urol. 1877.*

Cathelin. — Tuberculose rénale a forme abcedée, néphrectomie, guérison. *Soc. anat Paris 1906.*

Delore Paul. — Néphrectomie primitive pour tuberculose rénale *(Lyon Médical 1903).*

Delbet Paul. — A propos de la tuberculose rénale. *Annales des maladies des organes génito-urin. 1901.* — des conditions de curabilité de la tuberculose rénale. *Association française d'Urologie* 1905.

Deschamps. — *Annales de Guyon 1908.*

Desnos. — La néphrectomie dans la tuberculose rénale, *An fran. d'Urol. 1905.*

Forgue. — Tuberculose rénale révélée par la séparation intra-vésicale des urines, néphrectomie, guérison. *Montpellier méd. 1906.*

Le Fur. — De la guérison spontanée de la tuberculose rénale. *An. fr. d'Urol. Oct. 1903.*

Hallé et Motz. — Relations de la tuberculose rénale. *An. des mal. des org. gén.-urin. 1906.*

Legueu. — Des formes communes de la tuberculose rénale et des indications de la nephrectomie, *An. des malad. des org. génit.-urin.* Paris 1901. 1, XIX, p. 641-654. — Sur la tuberculose rénale (discussion), Congrès d'Urologie, 8e Session, 1905.

Loumeau. — Tubercul. primitive du rein. *An. des malad. des org. génit.-urin.* Paris 1908.

Marion. — Indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale. *Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1908.*

Pages. — La néphrectomie primitive dans la tuberculose du rein. Th. de Lyon 1909.

Pousson. — Précis des maladies des voies urinaires 1904. Résultats immédiats et éloignés des interventions dans la tuberculose rénale. *Assoc. franç. d'Urol.* Paris 1804. — Contribution à l'étude de la tuber. rénale. *Ann. des malad. des org. génit.-urin. 1905.*

Rafin. — La néphrectomie dans la tuber. rénale. Etude sur une série de vingt observations, *Lyon médic. 1905,*

Raynaud. — Contribution à l'étude de la tuber. rénale et de son traitement par la néphrectomie. Th. de Lyon 1906.

Tuffier. — Monographie clinique. — Tuberculose rénale, 1898.

Imprimerie spéciale de la Librairie

H. CHACORNAC

PARIS — 9, rue de l'Éperon — PARIS